

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1938

THÈSE

POUR LE

N° 775

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis-Alcide DÉSORMEAUX

Né le 17 mars 1906, à Maromme (Seine-Inférieure).

---

Contribution à l'Etude du Traitement  
de la Maladie de Nicolas-Favre  
à localisation rectale

---

*Président : M. LOEPER, Professeur.*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR  
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1938



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1938

THÈSE

N° .....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Louis-Alcide DÉSORMEAUX

Né le 17 mars 1906, à Maromme (Seine-Inférieure).

---

Contribution à l'Etude du Traitement  
de la Maladie de Nicolas-Favre  
à localisation rectale

---

*Président : M. LOEPER, Professeur.*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR  
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—  
1938

# I. — PROFESSEURS

|                                                                     |                    |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                     | MM.                |
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT.            |
| Pathologie médicale et générale .....                               | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                           | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                       | CHEVASSU.          |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX.            |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.             |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY.            |
| Clinique médicale .....                                             | LOEPER.            |
|                                                                     | CARNOT.            |
|                                                                     | CLERC.             |
|                                                                     | Marcel LABBÉ.      |
|                                                                     | LEREBOULLET.       |
|                                                                     | NOBÉCOURT.         |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | LEMIERRE.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | CUNEO.             |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | GOSSET.            |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GRÉGOIRE.          |
|                                                                     | LENORMANT.         |
|                                                                     | TERRIEN.           |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | MARION.            |
| Clinique urologique .....                                           | COUVELAIRE.        |
|                                                                     | JEANNIN.           |
| Clinique d'accouchements .....                                      | LÉVY-SOLAL.        |
|                                                                     | MOCQUOT.           |
| Clinique gynécologique .....                                        | OMBRÉDANNE.        |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | RATHERY.           |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | LEMAITRE.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | Pierre DUVAL.      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | Maurice VILLARET.  |
| Clinique propédeutique .....                                        | BEZANÇON.          |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | MATHIEU.           |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                | LAUBRY.            |
| Clinique cardiologie .....                                          |                    |
| Clinique d'Assistance médico-sociale .....                          |                    |
| Professeurs sans chaire .....                                       | HOVELACQUE.        |
|                                                                     | MULON.             |
|                                                                     | OLIVIER.           |
|                                                                     | VERNE.             |

# II. — AGREGES EN EXERCICE

|                                        |                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------|
| MM.                                    | MM.                                  |
| AMELINE ..... Pathologie chirurgicale. | DOGNON ..... Physique.               |
| BARIETY ..... Pathologie médicale.     | FEY ..... Urologie.                  |
| BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.    | FUNCK ..... Pathologie chirurgicale. |
| BERNARD (Etienne) Pathologie médicale. | GALLIARD .... Parasitologie.         |
| BEZANÇON                               | GASTINEL .... Bactériologie.         |
| (Justin) ..... Hydrologie.             | DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-      |
| BOULIN ..... Pathologie médicale.      | gie chirurgicale.                    |
| BULLIARD .... Histologie.              | GAYET ..... Physiologie.             |
| CATHALA .... Pathologie médicale.      | DE GENNES .. Pathologie médicale.    |
| CHEVALLIER.. Pathologie médicale.      | GIROUD ..... Histologie.             |
| COSTE ..... Pathologie médicale.       | HAGU'ENAU.... Pathologie médicale.   |

## II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.  
 HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique  
 JOANNON .... Hygiène.  
 LACOMME .... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 M<sup>lle</sup> J. LEVY .. Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET ... Pathologie médicale.

MM.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.  
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SANNIE ..... Chimie biologique.  
 SÈNEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 TROISIÈRE .... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.  
 ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.  
 GUÉNIOT ..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.  
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER ... Obstétrique.  
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

## IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.  
 ALAJOUANINE.  
 AUBERTIN.  
 BRULÉ.  
 CHABROL.  
 DONZELOT.  
 DUVOIR.  
 LIAN.  
 PASTEUR-VAL-  
 LERY-RADOT.  
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.  
 BASSET.  
 BROCC.  
 CADENAT.  
 GATELLIER.  
 MOURE.  
 QUÉNU.  
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.  
 ECALLE.  
 METZGER.

Clinique obstétricale.

## V. — CHARGES DE COURS

MM.  
 CHAILLEY-BERT, agrégé ..... Education physique.  
 LEDOUX-LEBARD ..... Radiologie clinique.  
 RUPPE ..... Stomatologie.  
 WEIL-HALLE ..... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Qui fut si bon.*

*J'aurais aimé lui dédier ce travail, bien  
faible témoignage de ma profonde recon-  
naissance et de mon immense affection.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.*

*Respectueux hommage de profonde gra-  
titude.*

## A MONSIEUR LE DOCTEUR F. DÉVÉ

Professeur de Clinique Médicale  
à l'Ecole de Médecine de Rouen.

*Il voulut bien m'autoriser à suivre son service, rouspion, voici dix ans — déjà.*

*Son enseignement me fut infiniment précieux. Il restera pour moi, « le Maître » respecté.*

*Je retiendrai de mon passage dans son service de l'Hôtel-Dieu son indulgence à l'égard du débutant que j'étais, la clarté lumineuse de ses commentaires au cours de la visite quotidienne, la remarquable concision de ses leçons cliniques du samedi, son respect du malade et sa rayonnante bonté.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de ma reconnaissance et de mon respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN

MONSIEUR LE DOCTEUR R. SANSON

Médecin des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR F. DÉVÉ

Médecin des Hôpitaux.

Professeur de Clinique Médicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. PAYENNEVILLE

Médecin honoraire des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR R. HÉLOT

Médecin Honoraire O. R. L. des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR L. NÉE

Médecin des Hôpitaux.

Directeur de l'Ecole de Médecine.

MONSIEUR LE DOCTEUR P. VALLÉE

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. TAMBAREAU

Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. MARTIN

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux.

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale.

*Hommage respectueux.*

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE A LA MAISON DE SANTÉ  
DÉPARTEMENTALE DE SAINT-ETIENNE-DU-ROUVRAY

MONSIEUR LE DOCTEUR G. POCHON

Médecin-Chef de l'Asile de St-Yon.

*Aliéniste, il était encore, et avant tout,  
médecin.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

M. LOISEL

Médecin Honoraire des Hôpitaux.

CASTAGNOL

Médecin des Hôpitaux.

A. CAUCHOIS

Médecin des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

A. PETIT

Chirurgien des Hôpitaux.  
Professeur de Clinique Chirurgicale.

LE GRAND

Chirurgien des Hôpitaux.

*In mémoriam.*

A. DEROCQUE

Chirurgien des Hôpitaux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

A. BILLIARD

Médecin-Radiologiste Honoraire des Hôpitaux.

LESSERTISSEUR

Médecin-Radiologiste des Hôpitaux.

DECOULARE-DELAFONTAINE

Médecin-Radiologiste des Hôpitaux.

*Qui m'ont toujours réservé le meilleur accueil dans leurs services.*

A MONSIEUR LE DIRECTEUR  
ET A MESSIEURS LES PROFESSEURS  
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

*Hommage respectueux.*

A MON AMI LE DOCTEUR E. PERIER

*Il a bien voulu me fournir les éléments  
de ce travail et m'aider de ses précieux  
conseils.*

*Je lui en suis infiniment reconnaissant.*

A MON AMI, LE DOCTEUR M. DORDAIN

Chef de Clinique à l'Ecole de Médecine de Rouen.

*Il fut mon « premier interne ». Il guida  
mes premiers pas et m'apprit avec bien-  
veillance les premiers éléments de l'art.*

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'ÉTUDE



# Contribution à l'étude du traitement de la Maladie de Nicolas-Favre à localisation rectale

---

Maladie autonome, contagieuse, inoculable à l'homme et au singe, la maladie de Nicolas-Favre, le plus souvent transmise par des rapports sexuels, se caractérise par une adénite subaiguë, suppurée, inguinale avec périadénite. Commençant par un microchancre, le plus souvent inaperçu, son évolution est torpide et peu douloureuse.

Décrite souvent, sous des termes différents :

- Poradénolymphite suppurée bénigne,
- Quatrième maladie,
- Bubon climatique,
- Chancre et bubon poradénique,

elle constitue selon la définition de NICOLAS et FAVRE eux-mêmes :

« Une lymphogranulomatose inguinale subaiguë à  
« foyers purulents multiples d'origine génitale et  
« vénérienne ».

Ce n'est qu'en 1925 que FREI lui conféra une autonomie indiscutable et indiscutée en montrant la spécificité de sa réaction intradermique avec un antigène lymphogranulomateux.

**La maladie de Nicolas-Favre est à l'origine de la plupart des sténoses inflammatoires du Rectum.**

Celles-ci furent pendant très longtemps considérées avec FOURNIER comme de nature syphilitique, mais l'absence de tout antécédent, la négativité sérologique, l'échec du traitement, faisaient naître le doute et repousser au second plan cette étiologie (JERSILD).

L'existence d'abcès et de fistule périnéales, la constatation de cellules géantes dans les examens anatomo-pathologiques des pièces prélevées au cours d'interventions chirurgicales firent envisager une hypothèse tuberculeuse (LEJARS, MARION, GANDY). Mais nous savons maintenant que la cellule géante — principal argument des défenseurs de cette théorie — n'est qu'une cellule réactionnelle non pathognomonique et que la présence de B. K. est nécessaire pour retenir l'étiologie tuberculeuse.

La gonococcie dont le germe avait été retrouvé dans les sécrétions purulentes ano-rectales fut également invoquée, de même que la chancelle à laquelle RAVAUT, puis JERSILD, firent jouer un rôle prépondérant.

Citons encore la dysenterie, la bilharziose...

Enfin, l'absence de tout sérum, la négativité des réactions sérologiques furent à l'origine de la théorie mécanique qui ne retenait comme cause des sténoses rectales que la répétition de traumatismes locaux et faisait jouer un rôle capital à la sodomie passive.

La découverte de FREI vint conférer à la maladie de Nicolas-Favre sa véritable autonomie et permit de rapporter à leur véritable cause la plupart des sténoses inflammatoires du Rectum, qui sont en réalité des sténoses d'origine vénérienne, et de faire rentrer dans le cadre de la maladie de Nicolas-Favre différentes affections, telles que l'esthiomène de la vulve, par exemple.

De nombreux travaux se firent alors jour :

— LEVADITI réussit le premier l'inoculation à l'homme, et,

— HELLERSTRÖM et son élève WASSEN transmirent cette maladie au singe.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous laisserons de côté l'étude du microchancre (BORY), ulcération plate avec infiltration cellulaire, composée de cellules variées, et celle du bloc ganglionnaire avec son aspect bigarré à la coupe, ses cellules conjonctives et inflammatoires qui lui méritent bien le nom de Lymphogranulomatose.

Nous dirons quelques mots de la sténose elle-même — remarquable par la constance de ses caractères anatomiques.

En général, dans une première phase pré-sténosante d'infiltration, la rectite évolue chroniquement : d'abord granuleuse, puis tomenteuse, elle devient progressivement végétante. Et peu à peu la rectite initiale marche vers une sténose large, grâce à l'extension de l'infiltration à la fois vers la lumière rectale et vers le péritoine.

De durée très variable, la constitution de la sclérose hypertrophique peut s'accomplir parfois en quelques mois.

Bas situé, de 5 à 7 cm. de l'anus, le rétrécissement est toujours palpable au toucher rectal. Presque toujours unique, il présente une structure en tunnel ou en canal conique.

Au-dessus de lui se trouve une série d'ulcérations

dont l'extension en hauteur (de 5 à 20 cm.), va être à l'origine de l'extrême difficulté du traitement chirurgical.

Au-dessous de lui, la muqueuse est granuleuse, souvent végétante, parfois ulcérée.

A la coupe, les lésions loin d'être limitées au rectum soudent celui-ci aux organes voisins en formant une grosse masse scléro-lipomateuse péri-rectale, nouvel écueil d'une exérèse chirurgicale.

## PATHOGENIE

C'est la stase lymphatique qui demeure pour JERSILD le facteur prépondérant — pour lui, le mécanisme serait le suivant : « arrêt de la circulation lymphatique dans les ganglions inguinaux ou dans les vaisseaux lymphatiques afférents à ces ganglions (oblitération antérieure) ;

déversement de la lymphe de la région ano-génitale par les lymphatiques rectaux vers les ganglions du méso-rectum, adénite ano-rectale (ganglions de GÉROTA), oblitération postérieure ;

stase lymphatique entre les deux oblitérations d'où infiltration rectale (portion ampullaire) et infiltration périnéale, si l'oblitération antérieure siège au périnée ; infiltration recto-ano-génitale si l'oblitération antérieure occupe les ganglions inguinaux mêmes, ou les troncs lymphatiques collecteurs qui se dirigent vers l'aîne ».

La lésion essentielle se trouverait donc au niveau des ganglions de GÉROTA et c'est de là que partiront les fistules qui iront parfois s'ouvrir autour de l'anus.

Les fistules péri-anales multiples, avec origine au-dessous de la sténose, sont issues des ganglions ano-rectaux suppurés dont le pus a cheminé sur la paroi du rectum jusqu'à la région péri-anale, puis quand le

ganglion a vidé son contenu, la fistule ne donne plus passage à du pus, elle devient sèche. Mais, si le rôle de la stase lymphatique explique les sténoses secondaires à une adénite inguinale suppurée, par contre en cas de carence de celle-ci, il faut admettre soit une atteinte primitive des ganglions iliaques externes avec envahissement rétrograde vers les ganglions du mésorectum, soit une atteinte primitive des ganglions du mésorectum.

La stase serait donc le point de départ d'une véritable *cellulite lymphogranulomateuse* : En faveur de cette hypothèse militent :

— le siège constant des lésions à 5 cm. de l'anūs (zone des ganglions de GÉROTA).

— l'infiltration du tissu cellulaire péri-rectal et la disparition des plans de clivage normaux,

— enfin l'heureux effet de la diathermie au stade de cellulite avant que la sclérose ne soit complète.

## ETUDE CLINIQUE

En pratique, il est habituel de séparer les deux phases de rectite et de sténose.

Dans la première période, le plus souvent retrouvée ou révélée par l'interrogatoire, la sténose n'est pas constituée, elle est « en germe », selon l'heureuse expression de FOURNIER.

C'est d'abord une rectite aiguë avec ses envies fréquentes et douloureuses d'aller à la selle, ses émissions de glaires et de pus, son ténésme. Rapidement, tout se calme, les selles demeurent fréquentes, mais beaucoup moins douloureuses, le malade est obligé de se garnir et la rectite prend une allure subaiguë, puis chronique.

Le malade n'est souvent vu qu'à une phase plus avancée, quand la sténose est constituée. Deux symptômes dominent le tableau clinique et l'amènent à consulter :

- la rectorrhée;
- la constipation

Celle-ci est rebelle : laxatifs, purges, lavements sont indispensables et assez peu actifs. Les selles sont très douloureuses, parfois rubannées, mais leur modification n'a pas l'importance qu'on a voulu autrefois leur attribuer.

La rectorrhée est très marquée : pus, glaires et sang s'écoulent de façon incessante, fatiguant et déprimant le malade.

L'inspection, le toucher rectal, l'endoscopie vont permettre le diagnostic, que la réaction de FREI contrôlera.

— A l'inspection, la peau de la région péri-anale est souvent épaissie et infiltrée, on note souvent la présence de condylomes et parfois un ou plusieurs orifices fistuleux secondaires à la suppuration péri-anale.

— Au toucher, le doigt pénètre dans un entonnoir à base inférieure qui se resserre progressivement, la muqueuse est sèche, rapeuse, dénuée de toute souplesse, parfois granuleuse et végétante. A bout de doigt, on tombe sur un anneau dur et infranchissable, n'admettant que la pulpe de l'index : c'est la sténose elle-même.

L'endoscopie, utile si la sténose est haut située, permet surtout d'apprécier la hauteur des lésions. La muqueuse apparaît irrégulière, végétante, rouge vif avec des points séparés par des parties blanchâtres « leucoplasiques » donnant parfois l'apparence d'une feuille de papier à cigarette déposée sur la paroi.

La partie supérieure de la sténose se présente sous la forme d'un diaphragme perforé au centre par un orifice triangulaire ou arrondi, irrégulier et dur. Enfin et surtout, l'endoscopie permet d'apprécier la hauteur des lésions susstricturales.

L'exploration aux rayons X par lavement baryté

vient compléter le diagnostic. Il y a avantage à user d'une solution plus épaisse que d'habitude et de faire précéder l'examen d'un petit lavement laudanisé donné 1 heure avant.

Une infiltration simple du rectum donnera une image en « radis », du rectosigmoïde, une image en « équerre » (BENSAUDE, AIMÉ et MARCHAND).

Lorsque l'anse oméga est presque entièrement infiltrée, rectum et sigmoïde apparaissent comme un tube non extensible, étroit, coudé à angle droit, le calibre augmentant brusquement à partir du colon iliaque. L'immuabilité de l'aspect rigide du sigmoïde permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un spasme réactionnel, mais bien d'un épaississement des parois.

Donc, les caractères essentiels de la sténose inflammatoire sont :

- l'infiltration péri-anale avec ses condylomes,
- l'infiltration rectale avec rectite proliférante;
- la sténose bas située.

Enfin, dans 20 % des cas, l'existence de fistule périnéale en pomme d'arrosoir.

A ces caractères cliniques, déjà magistralement décrits par FOURNIER, vient s'ajouter la réaction de FREI. Quant à l'éléphantiasis périnéal, autrefois considéré comme un signe essentiel de la maladie de NICOLAS-FAVRE, il est actuellement regardé comme une complication rare et non indispensable au diagnostic.

### **Evolution.**

Elle est très variable. Certaines formes ont une évolution très rapide, malgré la thérapeutique; d'autres, au contraire, demeurent très longtemps stationnaires même en l'absence de soins.

De toute façon, le pronostic est très grave et des complications peuvent survenir, l'occlusion aiguë est très rare et vient compliquer un état chronique de subocclusion.

Les complications infectieuses dominent la scène :

— soit locales : abcès et phlegmon péri-rectaux, cellulite pelvienne, voire péritonite aiguë généralisée,

— soit générales : tuberculose, broncho-pneumonie, dégénérescence amyloïde, cachexie.

Ce sont avant tout ces complications infectieuses qui, dans certains cas, constitueront une indication opératoire.

### **Diagnostic.**

Il est, en général, très facile :

— cliniquement : une sténose basse, précédée d'une phase de rectite;

— biologiquement : la positivité d'une réaction de FREI permettent d'éliminer :

— les sténoses péri-rectales, et en particulier les sténoses péricoliques pelviennes de QUÉNU et KUSS montrant une muqueuse rectale intacte;

— certains cancers infiltrés en virole nécessitent parfois le recours à la biopsie;

— enfin certains rétrécissements spasmodiques chroniques ne cédant qu'à l'anesthésie (BENSAUDE).

## TRAITEMENT

Assez schématiquement nous distinguerons trois étapes dans la maladie, justiciables chacune d'un traitement particulier :

- Phase de rectite simple;
- Phase de sténose;
- Phase de complications.

### I. — PHASE DE RECTITE SIMPLE.

Cette période est justiciable à la fois d'un traitement général et local afin d'assécher les ulcérations, de nettoyer la muqueuse, de mettre à plat les plis; le traitement local joue un certain rôle et il faut contrôler le malade au rectoscope au moins une fois par semaine.

Les pansements locaux sont plus ou moins efficaces selon la façon dont les malades supportent les médications indiquées : dermatol, sous-gallate de bismuth...

La phase de rectite est avant tout l'ère des lavages. Faits sous le spéculum, le liquide antiseptique doit être dirigé en jet sur la muqueuse de façon à désinfecter ses moindres replis.

De nombreuses solutions furent tout à tour propo-

sées : nous retiendrons parmi elles les colorants : Bleu de méthylène, fuchsine phéniquée, violet de gentiane, gonacrine à 1/4000 (MOUTIER). SAVIGNAC préconise les lavages tricolores : protargol, bleu de méthylène et gonacrine. L'eau oxygénée, la solution de Dakin, la liqueur de Labarraque ont également des partisans.

RACHET prône l'oxygénothérapie locale à l'aide d'un terpène spécialisé qui dégage dans l'eau tiède de l'oxygène naissant. Ce dernier auteur avec CACHÉRA ne néglige pas non plus les lavements à garder, les pommades et les suppositoires, en particulier dans les sténoses bas situées.

Personnellement, après lavage soigneux du rectum avec une solution antiseptique de gonacrine, de mercurochrome, de bleu de méthylène, ou de fuchsine phéniquée, nous injectons en petit lavement à garder, la valeur d'une cuillerée à soupe d'une suspension de Bismuth - 8 - Oxyquinoléine à 10 % rendue pénétrante par l'addition de 1/1000 d'Iso-propyl naphthalène sulfonate de soude. D'abord diluée d'eau à 50 %, cette solution peut être rapidement injectée pure : elle semble être le plus souvent parfaitement tolérée du malade.

D'ailleurs aucun de ces différents produits ne semble spécifique. Ils n'agissent qu'en tant qu'antiseptique banal, et il faut constamment les alterner de façon à éviter la trop rapide accoutumance de la muqueuse.

Un point important dans cette thérapeutique locale

consiste à désinfecter la zone sus-stricturale ou la rétention constante des glaires et du pus entretient la rectite et empêche la cicatrisation. Il faut apprendre au malade à passer au-dessus de la sténose avec une petite sonde en gomme ou en caoutchouc et à se servir d'une sonde à double courant qui seule, permet assez facilement l'évacuation des sécrétions.

Ajoutons que la présence de végétations importantes peut nécessiter leur destruction par le thermocautère ou mieux l'électrocoagulation, tout en sachant bien que leur récurrence est extrêmement fréquente.

Cette désinfection locale doit être mise en œuvre même à une période plus tardive quand la sténose est alors accentuée. Mais elle ne doit se borner qu'à limiter l'infection secondaire, elle ne peut en effet agir sur le processus lympho-granulomateux lui-même. En effet, la diffusion en profondeur de l'infection dans les parois rectales lardacées, épaisses de plusieurs centimètres, explique que cette désinfection superficielle ne puisse atteindre la profondeur même quand on la réalise par attouchements directs minutieux.

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL devient de beaucoup le plus important. L'iode et l'antimoine sont actuellement les médications les plus prônées. Nous les étudierons d'abord.

C'est RAVAUT qui préconisa le premier les injections intraveineuses d'une solution de Lugol à 1 % combinée à l'hyposulfite de soude à 20 %, par ana-

logie avec le traitement de la poradénolymphite inguinale. On peut pratiquer des injections de 5 cc., jusqu'à 10, 15 et même 20 cc.

L'efficacité de la solution iodo-iodurée est diversement appréciée :

A peu près nulle pour CAIN et HILLEMAND, pour d'autres elle n'a que la valeur d'une cure d'entretien (RACHET) ou ne doit être utilisée qu'en cas d'échec de l'antimoine (SAVIGNAC).

Cependant LAMBLING n'est pas loin de considérer le Lugol comme le meilleur traitement infectieux de la maladie de Nicolas-Favre; contre-indiquée chez les tuberculeux pulmonaires, cette préparation lui semble particulièrement efficace chez les sujets fébriles ou fatigués, et il lui reconnaît une action eutrophique manifeste.

C'est l'*antimoine* qui semble actuellement le traitement le plus en vogue. La majorité des auteurs en font le véritable traitement de base de la maladie de Nicolas-Favre (au point de vue préparation, l'anthiomaline contenant 16 % d'antimoine, semble avoir supplanté le stibyal).

La posologie est à peu près univoque : 2 à 3 injections intra-musculaires par semaine en commençant par 3 centigr. et en allant jusqu'à 12, parfois 15 et même 18, de façon à atteindre un total de 2,50 à 3 gr. par cure (SAVIGNAC, RACHET). Dans 10 à 12 % des cas environ se manifestent des signes d'intolérance : asthénie, nausées, paralysie faciale (?) surtout des douleurs rhumatoïdes, en particulier au

niveau des épaules, qui commandent le ralentissement, voire l'arrêt de la cure. On peut alors essayer le tartre stibié endoveineux à 10 %, l'action de ces deux produits étant à peu près identiques, mais une susceptibilité individuelle devant faire préférer l'un ou l'autre de ces médicaments selon le malade envisagé.

Quoique donnant la première place à la solution iodo-iodurée LAMBLING recommande les injections d'anthiomaline ou de tartre stibié chez les sujets porteurs de suppuration péri-rectale.

Cependant d'autres auteurs avec CAIN et HILLEMAND n'ont jamais vu d'amélioration nette après un traitement par les sels d'antimoine.

En tout cas, il est nécessaire d'atteindre les doses maxima tolérées et de répéter les cures pendant plusieurs années sans se laisser décourager par la lenteur des résultats acquis.

Parmi les autres tentatives thérapeutiques, citons le sérum de convalescent (MOUTIER), le sulfate de cuivre ammoniacal, le salicylate de soude qui jouit à l'étranger d'une certaine vogue en injections endoveineuses. Il n'a donné que peu de satisfactions aux auteurs français, sauf à HILLEMAND qui dans quelques cas a vu survenir une nette amélioration. Peut-être pourrait-on le retenir dans les formes compliquées de rhumatisme. En tous cas, le malade de l'observation n° 2 semble avoir tiré un profit de la cure endoveineuse salicylée.

Enfin, les composés sulfamidés ont été assez déce-

vants jusqu'à ce jour; néanmoins MOULONGUET et MOUZON (obs. n° 5 et n° 6) ont rapporté deux guérisons impressionnantes par le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine.

La vaccinothérapie spécifique par injection endoveineuse d'antigène de FREI semble dénuée de tout effet thérapeutique. CAIN a pratiqué de nombreuses cuti et intradermo réactions, des injections péri-anorectale et sous-muqueuses en partant de pus ganglionnaire stérilisé par tyndallisation, aucune réaction locale, ni générale ne furent notées.

Seul CAMINOPETROS préconise l'alternance d'injection endoveineuse et sous-cutanée d'antigène préparé avec le pus du bubon; après un an de traitement le processus inflammatoire serait entièrement guéri, à défaut de la sténose.

### *Résultat du traitement général anti-infectieux.*

Les médications anti-infectieuses générales représentent un progrès très net dans le traitement de la maladie, mais cependant aucune d'entre elles, pas même la vaccinothérapie antigénique, ne peut prétendre à l'efficacité d'un traitement spécifique. Dans 140 cas suivis depuis 1931, LAMBLING a utilisé :

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| — le lugol .....      | 99 fois |
| — l'antimoine .....   | 7 fois  |
| — le salicylate ..... | 12 fois |

Dès la mise en œuvre de ces différents traitements, on peut noter d'emblée une amélioration purement

fonctionnelle certes, mais socialement très importante.

Certains cas même firent croire à la spécificité du produit injecté, lugol d'un côté, antigène de l'autre, etc... En réalité, il ne s'agit pas de pure coïncidence mais probablement d'un hasard heureux qui fit employer un médicament donné au moment précis et probablement passager où l'organisme pouvait mettre à profit ses propriétés anti-infectieuses.

L'amélioration fonctionnelle est considérable et permet de maintenir ces malades pendant de longues années dans un statu quo compatible avec une existence à peu près normale. Néanmoins au cours même du traitement peuvent survenir un abcès de la marge anale ou une poussée condylomateuse.

L'amélioration objective est très rare (1 à 2 % des cas). Les ulcérations se cicatrisent, les lésions s'assèchent, la paroi rectale saigne moins facilement au contact.

Dans deux cas LAMBLING prononce même le mot de guérison chez des sujets chez qui, après une cure par iode, antimoine et salicylate de soude, les lésions muqueuses sont devenues des zones nacrées souples et cicatricielles limitées par une zone saine, tout suintement hémorragique ou purulent ayant disparu.

Sur 25 malades, traités par l'anthiomaline, SAVIGNAC a observé :

- 52 % de bons résultats;
- 8 % de bons résultats passagers;
- 28 % d'échecs;
- 12 % d'intolérance.

L'action objective est nulle : ulcérations, végétations, sténoses persistent, celle-ci même pouvant se développer au cours du traitement.

Par contre, il existe une diminution nette des sécrétions.

RACHET confirme les bons résultats lorsqu'il n'existe qu'une ano-rectite simple sans sténose.

## II. — PHASE DE STÉNOSE.

La désinfection locale contre la rectite, et générale contre le virus de la maladie de Nicolas-Favre elle-même, est toujours aussi nécessaire, mais il faut lui adjoindre des procédés locaux plus énergiques pour lutter contre le danger le plus menaçant : le Rétrécissement progressif de l'intestin.

On aura le choix entre la diathermie, la dilatation et les rayons X.

LA DIATHERMIE joue actuellement un rôle de tout premier plan dans le traitement des sténoses inflammatoires du rectum, et elle est adoptée sans discussion par tous les auteurs.

Seules les sigmo-périsigmoïdites, exceptionnelles, bénéficieraient d'un traitement par électrode externe lombaire et ventrale. En pratique la technique adoptée est celle décrite par BENSAUDE et MARCHAND sous le nom de *Dialthermo-dilatation* qu'il s'agisse d'une rectite simple pré-sténosante ou d'un rétrécissement constitué :

deux électrodes indifférentes sont placées sur l'ab-

domen et les lombes, l'électrode active étant une Bougie de Hégar dont le calibre doit être le plus fort possible à condition que son introduction soit facile et n'entraîne aucune manœuvre douloureuse; ainsi le maximum de calibre tolérable permet, sans augmenter la densité électrique, de porter au maximum l'intensité du courant sans exercer de pression mécanique sur la sténose. Pendant les quatre ou cinq premières séances, il faut garder le même bougirage et n'augmenter que progressivement au fur et à mesure que le rétrécissement devient plus perméable : bref, il faut augmenter le diamètre des bougies uniquement de façon à toujours avoir la plus large surface possible d'électrode active. *L'augmentation de volume de l'électrode suit donc la dilatation, mais ne la produit pas.*

Le courant diathermique entraîne sur la péri-rectite les mêmes modifications que sur les périviscérites ou les cicatrices chéloïdiennes :

Stimulation locale de la leucopédèse, assouplissement des tissus scléreux et ainsi élargissement de la stricture. Durant la cure diathermique, il faut surveiller attentivement les effets du traitement par l'exploration manuelle et endoscopique.

Au début, et surtout dans les sténoses déjà anciennes, les écoulements de pus perdent de leur densité et de leur mauvaise odeur, bientôt le bourgeonnement qui borde la sténose cède, enfin et peu à peu la sclérose qui forme une véritable gangue éclate et se segmente en bandes, séparées par îlots de mu-

queuse souple, progressivement de plus en plus larges. On voit bientôt se combler les ulcérations sus-stricturales. Le rectum devient moins rigide et plus mobile.

Si la disparition à peu près complète de la sténose demeure exceptionnelle, il n'en est pas moins vrai que l'amélioration est indiscutable : les selles sont plus régulières et mieux calibrées, les évacuations plus consistantes et moins fréquentes. L'abdomen moins ballonné. Il existe parfois à la fin de chaque série de séances, contrastant avec l'amélioration locale, quelques troubles généraux : asthénie, anorexie, petits clochers fébriles. D'ailleurs assez rapidement, non seulement tout va rentrer dans l'ordre, mais bientôt la reprise de poids et la disparition de la fatigue traduisent le début de l'amélioration générale.

Pratiquement, il n'existe pas de contre-indication : BENS AUDE et MARCHAMP signalent un seul cas de péritonite par perforation spontanée sur plus de 20.000 applications. Parfois au cours des premières séances la congestion provoquée au niveau des ulcérations et de la zone rétrécie peut être à l'origine de petits suintements hémorragiques qui cessent d'eux-mêmes vers la 8<sup>e</sup> ou 9<sup>e</sup> séance, à condition de ne pas augmenter trop vite le calibre des bougies, et de régler prudemment la durée de chaque séance et l'intensité du courant en se basant sur la susceptibilité de chaque malade.

Les applications sont ainsi réglées : tous les 48

heures séance de 20 à 30 minutes, l'intensité du courant étant proportionnelle au calibre de la bougie (3 ampères pour une bougie de 20 à 25 millimètres). Au bout de 10 à 12 séances, on arrête une quinzaine de jours et on continue le même rythme jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant au point de vue fonctionnel. D'ailleurs, celui-ci obtenu, les cures d'entretien sont nécessaires si on veut maintenir le résultat acquis tout en continuant la désinfection locale.

*En effet, si la diathermo-dilatation retarde parfois indéfiniment l'échéance de la sténose punctiforme, elle donne aussi au traitement anti-infectieux le temps d'agir et par la congestion locale qu'elle détermine augmente peut-être même le tropisme de l'iode et de l'antimoine à l'égard des lésions rectales (LAMBLING).*

LA DIATHERMIE PAR ONDES COURTES a été utilisée par DELHERM et FAINSILBER qui, ayant pu réaliser l'application de ce mode de traitement dans les cavités, se servent également de bougies de Hégar. Celles-ci sont montées sur un manche muni d'un ampère-mètre thermique. On peut ainsi régler l'intensité et la modifier à volonté, condition indispensable pour assurer un traitement régulièrement progressif.

Quant à *la dilatation pure*, non diathermique, elle est passible de nombreuses critiques. Elle demeure inactive sur la poussée fluxionnaire et la fibrose qui aboutissent à la sténose. Enfin, brutale et douloureuse, elle prédispose aux hémorragies (CAIN).

### *Radiothérapie.*

La majorité des auteurs considère le traitement par les rayons X comme dangereux et inefficace : BENSAUDE, CAIN, HILLEMAND, ont observé des accidents radionécrotiques avec fonte du tissu cellulaire péri-rectal et énorme prolifération des clapiers et de fistules. D'autre part, la sclérose progressive cicatricielle et inextensible transforme le canal rectal en un tube épais et rigide à lumière très rétrécie.

SAVIGNAC s'est peu servi de cette méthode dont il n'a obtenu aucun résultat, ni d'ailleurs aucun accident.

Cependant peut-être dans certains cas, les Rayons X pourraient-ils être utilisés : Si LAMBLING a observé après irradiation directe ano-périnéale une suppuration extensive de la marge de l'anus, par contre il lui semble que les irradiations par voie sacrée et surtout abdominale n'exposaient à aucun accident. MARCHAND estime que dans les cas traités au début, le tissu lymphogranulomateux, très sensible aux Rayons X fond rapidement sans se reproduire, à condition de ne se servir que de petites doses anti-inflammatoires.

Enfin, chez une malade de Max LÉVY (obs. n° 8) qu'aucune thérapeutique n'avait pu soulager, la radiothérapie pénétrante (3.000 r.) entraîna une reprise de 10 kilogs, la disparition des écoulements et des hémorragies, la rétrocession du syndrome anémique, sans aucun incident.

### III. — MÉTHODES CHIRURGICALES.

Au congrès de chirurgie de 1934, un important rapport de GATELLIER et WEISS fut consacré au traitement chirurgical de la maladie de Nicolas-Favre.

Dans l'ensemble, les auteurs estiment que les résultats obtenus sont très médiocres : ils condamnent à peu près complètement la résection et conservent dans quelques cas l'anūs iliaque, *en sachant qu'il sera définitif*, de façon à améliorer la lymphangite septique péri-rectale et les écoulements purulents. Dans quelques cas, assez rares il est vrai, ce sont les phénomènes d'obstruction intestinale qui imposent l'anūs iliaque.

Mais malgré la dérivation, les lésions continuent à évoluer, la sclérose peut envahir l'anūs iliaque lui-même et la cachexie survient hâtée par la suppuration prolongée.

Les artifices de technique — anus avec pont cutané — ne modifient rien car la péri-rectite continue son évolution, la lymphangite s'étend à tout le méso et c'est par l'espace cellulaire péricolique que l'anūs iliaque sera menacé d'envahissement.

Cependant les dernières discussions à la Société de Gastro-Entérologie de Paris montrent que si certains auteurs ne recourent à l'acte chirurgical « qu'en désespoir de cause » ; d'autres ne le rejettent pas complètement et lui gardent une certaine place.

*La colostomie de dérivation* demeure presque unanimement condamnée : HILLEMAND a remarqué après

elle un accroissement de la sténose; CAIN ne s'y résout qu'à la dernière extrémité :

— Quand la sténose progresse malgré la diathermie;

Quand la suppuration périrectale aboutit à des trajets fistuleux multiples, menace d'infection secondaire;

— Quand la destruction du sphincter souille sans cesse le malade et enflamme les condylomes.

D'ailleurs, l'anus iliaque se montre presque toujours inefficace (RACHET). La mise en repos du segment sous-jacent est une utopie et les écoulements continuent de plus belle, le malade comptant une infirmité de plus.

Bref, à part l'occlusion progressive, l'anus iliaque est entièrement proscrit; quant à la colostomie d'urgence, elle est presque toujours mortelle.

Par contre, la *résection du rectum* avec ou sans abaissement périnéal compte quelques défenseurs : RACHET, LAMBLING.

*C'est l'insuffisance du traitement médical qui constitue la meilleure indication opératoire.* Les nombreux examens de laboratoire pratiqués par LAMBLING (urée, Constante d'Ambard, Phénol-Sulfone-Phtaléine, Chlore plasmatique et globulaire, Cholestérine, Bilirubinémie, rouge congo...), ne lui ont donné que des résultats discordants. C'est avant tout l'examen clinique qui sert de guide : anorexie, amaigrissement, teint blafard, puis apparition d'un œdème blanc et mou faisant craindre l'amylose sont les meilleures indications de l'échec du traitement médical.

Sans méconnaître la gravité du risque opératoire, il faut s'efforcer de décider le malade à l'intervention avant que les fistules, les clapiers périrectaux, la suppuration interminable n'aient par trop dangereusement retenti sur l'état général.

Il faut donc pratiquer une amputation rectale sans abaissement (RACHET); avec abaissement du colon au sphincter si la marge de l'anus est absolument saine (LAMBLING), sinon l'existence d'un condylome, d'une fistule même cicatrisée, seraient presque à coup sûr à l'origine d'une récurrence.

Les conclusions de GATELLIER et WEISS semblent par trop pessimistes à LAMBLING qui estime que les techniques chirurgicales se sont suffisamment améliorées ces dernières années pour permettre d'escompter un résultat satisfaisant d'une exérèse large du rectum.

Les récurrences, si fréquentes dans la première année pour les rapporteurs du Congrès de chirurgie de 1934, sont parfois beaucoup plus lentes à se produire. LAMBLING cite une intervention datant de 7 ans sans récurrence actuelle.

## PRONOSTIC

La maladie de Nicolas-Favre à localisation rectale ne guérit pas, tel est l'avis à peu près général. Mais sans parler de quelques cas rares (dont huit observations sont reproduites ici), où l'on peut presque parler de guérison, il est un certain nombre de facteurs qui conditionnent l'évolution.

— *Les malades vus tôt*, régulièrement suivis et disciplinés ne tendent pas à évoluer vers la sténose ou l'infection (MOUTIER, HILLEMANT).

Et dans les deux tiers des cas (SAVIGNAC), on maintient le malade dans le statu quo, par des lavages quotidiens et variés, par des séries répétées de dilatation (3 à 4 par an), c'est-à-dire qu'on lui permet de travailler, de prendre du poids et des forces, d'avoir des selles régulières, des sécrétions très atténuées.

*La localisation* permet de distinguer avec CAIN, deux formes :

a) superficielle, endorectale, n'infiltrant pas la paroi au-delà de la sous-muqueuse, suppurant abondamment mais assez peu sténosante.

— Le peu d'action de la diathermie, le mauvais état général, la fièvre, l'incontinence anale obligent à la dérivation iliaque.

b) La péricrectite sténosante beaucoup plus fré-

quente entraînant l'atrophie de la muqueuse diminue par cela même l'abondance des écoulements. La diathermie assouplit la muqueuse qui prend un aspect cicatriciel.

La statistique de RACHET (140 cas), est un peu moins favorable. Il a observé 50 % d'échecs chez des malades tous porteurs d'une sténose, et 50 % de bons résultats que l'amélioration soit très marquée avec disparition presque complète de la rectorrhée et il s'agit alors de sujets porteurs d'une rectite sans sténose, ou assez marquée, persistance de poussées évolutives sub-aiguës, chez des sujets dont les 2/3 sont porteurs d'une sténose rectale.

C'est donc l'ANORECTITE BASSE, la forme la plus favorable parce que plus accessible au traitement. Au contraire, les formes avec sténose nécessitent un traitement quasi ininterrompu sous peine de voir réapparaître aussitôt la rétorrhée.

Il est impossible de prononcer le mot de guérison, car il n'existe pas de test, le Frei demeurant toujours positif.

*La découverte récente d'une étiologie précise de ces affections, autrefois si mal connues, n'a entraîné aucune progression thérapeutique, et les formes à localisation rectale sont beaucoup plus rebelles que les formes purement inguinales à cause de la surinfection précoce et constante de la cavité anorectale.*

Tout le pronostic est fonction de la péricrectite précoce et intense en général.

De toute façon, il s'agit là d'une maladie très grave,

désespérément chronique, que nous ne savons comment guérir. La meilleure précaution consiste à démontrer le danger des pratiques sodomiques.

Cependant quoique très rare, il existe quelques observations dont huit sont recueillies ici, où depuis plusieurs années :

- 14 ans dans un cas de LAMBLING,
- 8 ans — — — GATELLIER-GIRAULT.
- 7 ans — — — MOUTIER.

la maladie semble complètement éteinte. Chez l'une, le Frei aurait nettement diminué, chez l'autre, il serait, fait paradoxal, devenu négatif.

De toute façon, aucun de ces auteurs n'ose parler de guérison mais de « résultat thérapeutique favorable » (GATELLIER).

## OBSERVATIONS

Nous avons cru devoir rapporter dans ce travail un certain nombre d'observations (dix, dont deux personnelles), où l'évolution de la maladie de Nicolas-Favre semble avoir été heureusement modifiée par les thérapeutiques mises en œuvre.

OBS. 1. — GATELLIER et GIRAULT :

Guérison d'un cas datant de 8 ans chez qui la réaction de Frei serait devenue négative (?).

OBS. 2. — HILLEMAND :

Cas datant de 6 ans, semble entièrement guéri.

OBS. 3. — F. MOUTIER :

Cas datant de 7 ans. Grossesse et accouchement normal. Frei toujours positif.

OBS. 4. — F. MOUTIER :

Cas datant de 5 ans. Depuis 2 ans guérie, ne se soigne plus. Grossesse et accouchement normal. Frei très diminué.

OBS. 5 et 6. — MOULONGUET et MOUZON :

— La première malade après des années de revers thérapeutiques a guéri en trois semaines par l'ingestion de Rubiazol. Guérison maintenue depuis deux ans.

— La seconde a également guéri en quelques semaines par le même traitement.

OBS. 7. — LAMBLING :

Heureux résultat chirurgical après colostomie et résection.

OBS..8. — MAX LÉVY :

Très bon résultat de la Radiothérapie à forte dose, après échec de toutes les autres thérapeutiques.

OBS. 9 et 10. — Personnelles :

— Dans le premier cas, la sténose est fixée depuis plus de 9 ans, si les écoulements persistent.

— Dans le second, la diathermie et le salicylate endoveineux ont entraîné une amélioration quasi-complète.

### OBSERVATION N° 1 (résumée).

(J. GATELLIER et A. GIRAULT).

Il s'agit d'une femme de 32 ans qui vient consulter en Mars 1931 pour une suppuration anale datant d'Octobre 1930.

A l'endoscopie il existe des lésions superficielles, sans sténose, lésions qui furent considérées comme tuberculeuses. Après différents traitements : ultra-violet local, liqueur de Labarraque, collargol, plus ou moins régulièrement suivis, la sténose commence en 1933. En 1935, le Frei étant positif, la malade est mise au traitement stibié auquel on a ajouté de la naïodine. En Décembre 1937, tant au toucher qu'à l'endoscopie on constate une amélioration quasi complète. D'autre part, *la réaction de Frei serait devenue négative.*

### OBSERVATION N° 2 (résumée).

(HILLEMAND).

Le malade vient consulter en 1932 pour un condylome masquant une chancrelle. Bientôt on peut constater l'existence d'une rectite proliférante avec sténose large et Frei positif.

On conseille un traitement iodé endoveineux et une série de dilatations diathermiques. Malgré la cure, les signes s'aggravent au point de faire envisager en 1933 une dérivation chirurgicale.

Le remplacement du lugol par une cure mixte salicylo-stibiée amène enfin une amélioration régulièrement progressive, malgré la fistulisation d'un abcès.

Actuellement excellent état général, les écoulements sont taris et la sténose est devenue lâche.

### OBSERVATION N° 3.

(François MOUTIER).

Mar... 31 ans en 1931. Cette malade souffrait depuis un an d'une rectite suppurée hémorragique avec diminution du calibre rectal, qui laissait passer néanmoins le doigt. Sodomie avouée depuis trois ans. La malade a présenté en 1929 une adénopathie suppurée de l'aîne, spontanément cicatrisée en cinq à six mois. Le Frei est positif chez elle, comme chez son mari qui reconnaît avoir eu des adénopathies, ayant évolué très lentement, cinq ou six ans auparavant.

L'endoscopie, le 20 novembre 1931, montre un rétrécissement à 5 cm. de l'anus : muqueuse blanchâtre sur un fort bourrelet en croissant; saillie polypoïde ne laissant passer que le tube de 8 millimètres; au-dessus du rétrécissement qui mesure de 2 à 3 centimètres, petites végétations ampullaires polypoïdes.

En 1932-1933, la malade reçoit 7 grammes de tartrate d'antimoine et de sodium (stybial), puis en 1933-1934, plusieurs séries d'injections d'iodure de sodium (naïodine). On voit s'aplanir les bourrelets, s'élargir le calibre, les formations polypoïdes s'effacent lentement.

En avril 1934, l'état général s'est considérablement amélioré; les selles sont moulées, sans sécrétion. Le tube de 15 millimètres passe aisément. L'ampoule rectale est normale, mais le doigt sent encore un ressaut au niveau de l'ancien rétrécissement. En cet endroit encore, la muqueuse présente des placards blancs, lisses, légèrement nacrés (1934).

Cet état de choses se poursuit pendant toute l'année 1935; la malade se croirait même totalement guérie si, de temps à autre, n'apparaissaient quelques glaires et si ne persistaient pas ces placards nacrés au-dessous desquels s'accuse encore un léger épaississement de la muqueuse.

Pendant vingt mois (1935-octobre 1936), on fait six séries d'injections d'anthiomaline. Sous l'influence de ce traitement systématique, la muqueuse reprend totalement sa souplesse; les placards nacrés disparaissent complètement.

Cette guérison totale s'est maintenue depuis octobre 1936. La malade vient de mettre au monde un enfant normal, et un nouvel examen pratiqué après la grossesse a montré l'intégrité persistante de la muqueuse. La réaction de Frei est actuellement positive et ne paraît pas avoir sensiblement varié comme intensité.

#### OBSERVATION N° 4.

(François MOUTIER).

Cette observation sera rapportée très succinctement.

Mme F., âgée de 30 ans, est vue pour la première fois le 8 février 1933 pour des coliques sèches. Depuis quatre jours, elle présente quelques glaires sanguinolentes. Le ventre est un peu tendu, sensible. Il n'existe aucune adénopathie.

Une première endoscopie, difficile et douloureuse, bien qu'il n'y ait aucune fissure anale, montre à la partie supérieure du canal, et à la face antérieure, un placard de muqueuse enflammée en relief, tomenteuse, extrêmement douloureuse à la pression; sa surface est œdématisée et légèrement érodée.

La malade revient dès le lendemain parce que les glaires ont augmenté. En 24 heures, les lésions se sont développées d'une façon incroyable. Il n'y avait au premier examen qu'un placard d'inflammation œdémateuse, exulcérate, grand comme l'ongle; mais le 9 février, on trouve entre les 6<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> centimètres du canal anal une vaste zone faisant déjà le tour presque complet du canal. A ce niveau, la paroi est infiltrée, indurée avec des plis saillants, fragiles, saignants au passage du tube, discrètement beurrés de pus.

Le diagnostic porté fut celui de maladie de Nicolas-Favre rectale, tout à fait au stade d'invasion. Un premier traitement par la solution de Lugol et les pansements locaux au sous-gallate de bismuth fut inopérant. Le 6 mars, réaction de Frei positive; Dmelcos et gonoréaction négatifs. On constatait à ce moment que le mari de la malade présentait une

adénopathie inguinale bilatérale typique avec Frei fortement positif. Cette adénopathie n'aurait commencé que vers le 15 février. La malade aurait donc été infectée par son mari avant le développement des adénopathies, les accidents rectaux de la femme ayant précédé de onze jours la poussée ganglionnaire du mari. Le contagement paraît avoir eu lieu par la voie vaginale, tout contact rectal ayant été nié au temps considéré, alors qu'il fut aisément admis que des contacts de cette nature avaient eu lieu dix-huit mois auparavant.

Du 15 mars au 25 avril, malgré le lugol et une dose de 1 gr. 18 de stybial en injections intraveineuses, la maladie ne cesse de s'étendre; l'hypertrophie des plis allait croissant et il existait déjà un rétrécissement annulaire de la partie supérieure du canal anal, non par la formation d'un diaphragme sténosant étroit, mais par un épaississement étendu de tout le canal et de la partie inférieure de l'ampoule.

Ce n'est que vers le 25 avril que l'on commença à gagner sur les lésions, grâce à un traitement continu par l'antimoine.

Au mois de mai, étant donnée la guérison complète de l'adénopathie inguinale du mari par la radiothérapie, on fit à la malade une série d'injections du sérum du convalescent, injections qui contribuèrent nettement à assouplir les tissus.

En juin-juillet, l'amélioration continua avec des fortunes diverses, puisqu'en juillet il y eut reprise d'une hypertrophie sténosante polypoïde. Quatre séances de radiothérapie très heureusement dirigées par le docteur TRUCHOT, interrompirent nettement l'hyperplasie des tissus.

En décembre 1933, il existait encore des plis anormaux concentriques avec un aspect succulent, mais une souplesse relative au toucher. L'iodure n'étant pas supporté, nous administrâmes le stybial sous forme de suppositoires; l'effet en fut tout à fait remarquable, et, en mars 1934, le canal anal et l'ampoule rectale étaient normaux au point de vue du calibre, de la disposition des plis et de la souplesse de la muqueuse.

En 1935 et 1936 furent pratiquées quelques séries d'injec-

tions d'iodure de sodium et de sels de lithium et d'antimoine.

Depuis octobre 1936, il n'a été pratiqué aucun traitement.

Comme la malade de l'observation n° 3..., Mme F... vient de mener à terme une grossesse absolument normale, grossesse qui n'a déterminé aucune modification de l'équilibre rectal, ainsi que nous venons de nous en assurer. La réaction de Frei est toujours positive, mais faible, très nettement diminuée.

#### OBSERVATION N° 5.

(MOULONGUET et MOUZON).

Mlle Bac..., 28 ans, est venue consulter en 1930, envoyée par le docteur MARÉCHAL pour des crises successives de polyarthrite, qui se succèdent depuis cinq ans et qui ont atteint successivement les coudes, les genoux, les hanches, le cou-de-pied, les articulations des orteils. Les poussées, très douloureuses, sont séparées par des périodes de fonctionnement articulaire normal, s'accompagnant d'une fièvre élevée et ne sont pas influencées par le salicylate. Quelques mois avant la première poussée articulaire, vers l'âge de 22 ans étaient apparus des troubles intestinaux : il s'agissait de crises de diarrhée successives qui se manifestaient par des coliques abdominales, médianes, par des selles très fréquentes, se répétant jusqu'à vingt fois par jour. Les évacuations contenaient du sang et des glaires analogues à du blanc d'œuf. Ces crises s'accompagnaient d'une élévation de température, qui atteignait parfois 40°, et duraient une huitaine de jours.

Dans l'intervalle des crises, la constipation était habituelle, souvent très tenace, mais les malaises se réduisaient à du ballonnement et à des pesanteurs abdominales : pendant les cinq dernières années, la malade avait maigri de dix kilogrammes environ.

En juin 1931, nous fîmes pour la première fois le toucher rectal. La muqueuse était couverte de végétations sanieuses,

et le doigt arrivait sur un rétrécissement peu serré, mais déjà très net.

Un examen parasitologique des selles, un traitement d'épreuve à l'émétine restèrent négatifs.

L'examen clinique et radiologique des poumons, le Bordet-Wassermann étaient négatifs.

Il y avait une légère albuminurie.

La rectoscopie faite en octobre 1931, permit de franchir le rétrécissement et de voir la région sus-structurale, grise, revêtue de pus.

Malgré un traitement de diathermie (D<sup>r</sup> DOBKÉVITCH), les troubles intestinaux paraissent s'aggraver et les poussées articulaires deviennent de plus en plus sévères.

L'examen du 28 novembre ayant montré une accentuation du rétrécissement, un anus iliaque gauche est pratiqué au début de décembre. Puis un traitement local est institué (diathermie, lavages au terpoxy, au nitrate d'argent), en même temps que des injections intra-veineuses de solution iodo-iodurée.

Les mois suivants, l'amélioration est très nette : température normale, reprise de 4 kilogrammes, muqueuse rectale plus régulière et plus propre, rétrécissement sensiblement plus large, mais qui paraît s'étendre vers le haut; poussées articulaires moins fréquentes et moins douloureuses.

Cependant six mois après l'opération, au début de juillet 1932, survient une nouvelle crise de polyarthrite, particulièrement violente avec 41° de fièvre. Un prélèvement du liquide épanché dans le genou ne donne qu'une sérosité louche, stérile à la culture. Cette poussée articulaire est suivie de douleurs abdominales, de vomissements et de diarrhée par l'anus iliaque (type de la diarrhée de fermentation à l'examen coprologique).

Au mois de septembre, un nouvel accès de polyarthrite est suivi de phénomènes digestifs analogues.

En novembre, après deux mois de répit, un nouveau traitement de diathermie détermine une détente marquée des lésions rectales.

Malheureusement, la malade, à ce moment, exige la fer-

meture de l'anus iliaque qui est réalisée le 18 novembre, soit au bout de onze mois. Aussitôt après la mise en place de l'entérotome et la reprise du passage des matières par le rectum, la fièvre reparaît, l'amaigrissement reprend ainsi que les troubles rectaux : besoins de défécations fréquents; écoulements purulents avant les selles et la nuit dans l'intervalle des selles, sans que, cependant, se reproduisent les grandes crises diarrhéiques d'autrefois.

La diathermie reste, cette fois, sans action aucune.

Malgré ce très mauvais résultat, il faut sur les instances pressantes de la malade, terminer la fermeture de l'anus. Les années suivantes, l'évolution continue avec des alternatives d'amélioration — toujours incomplète — et des retours d'accidents articulaires ou intestinaux, et parfois aussi de douleurs épigastriques.

Il s'est formé un hippocratisme digital très marqué.

Localement le rétrécissement reste moins serré qu'il n'a été avant la colostomie, mais la radiographie paraît indiquer qu'il atteint le sigmoïde. Les écoulements demeurent abondants, malgré les soins minutieux que prend la malade de s'administrer, deux fois par jour, de grands lavements qui entraînent les sécrétions purulentes. Celles-ci sont rarement teintées de sang, il n'y a jamais eu de grosse hémorragie.

La réaction de Frei est très fortement positive.

Un traitement par des injections intraveineuses du même antigène (qui provoquent des réactions pénibles), ne déterminent aucun résultat appréciable. La réinfection sous la peau du liquide d'épanchement articulaire, l'autohémothérapie ne sont pas plus efficaces.

Les sels d'or, le bismuth, les suppositoires à l'arsénobenzol, l'antimoine restent sans action. L'héliothérapie n'est pas tolérée.

Sur le conseil du docteur SÉNÈQUE, on reprend un traitement local au bleu de méthylène, sous contrôle du rectoscope, mais ce traitement n'est pas poursuivi, parce que la malade devient enceinte. La grossesse doit d'ailleurs être interrompue à deux mois 1/2 à cause de troubles importants de l'état général et notamment de vomissements.

En 1935, des injections de septicémine, puis de pyofor-  
mine n'amènent aucune amélioration.

La vitamine A, en lavement, selon la méthode de RACHET  
et BUSSON, n'est pas bien supportée.

Au début de 1936, le rectum est très sténosé; il semble  
qu'une reprise des séances de dilatation va s'imposer. La  
malade vient de faire quatre mois de polyarthrite fébrile;  
elle est très fatiguée.

C'est alors que la malade, d'elle-même, a l'idée de se trai-  
ter par le rubiazol à doses progressives de 6 à 12 comprimés  
par jour (soit 1 gr. 20 à 2 gr. 40 de chlorhydrate de sulfa-  
mido-chrysoïdine).

Malgré quelques nausées, au début, elle poursuit ce trai-  
tement durant plusieurs mois sans interruption et le tolère  
parfaitement.

Vers le 15<sup>e</sup> ou 20<sup>e</sup> jour, elle commence à ressentir une amé-  
lioration : disparition de la fièvre, des douleurs articulaires,  
des suintements ano-rectaux, des faux besoins.

Depuis plus de deux ans, Mlle Bou... dont nous avons eu  
des nouvelles ces jours derniers, n'accuse plus ni trouble de  
défécation, ni fièvre, ni douleur articulaire. Elle s'est mariée  
et a mené à bien une grossesse et un accouchement. Il ne  
nous a malheureusement pas été possible de pratiquer le  
toucher rectal; la malade s'y refuse parce qu'elle se consi-  
dère comme complètement et définitivement guérie.

Une biopsie du rétrécissement, faite sous le contrôle du  
rectoscope, en 1931, a montré une métaplasie pavimenteuse  
de la muqueuse rectale et une inflammation polymorphe, no-  
tamment des cellules épithéliales et quelques cellules  
géantes très nettes.

#### OBSERVATION N° 6.

(MOULONGUET et MOUZON).

Mme Sau..., 35 ans, est envoyée à Tenon, le 7 octobre 1937,  
par le docteur WOLFF, pour un amaigrissement et pour des

troubles digestifs, dont le début remonte à 5 ou 6 ans, au moment d'un accouchement, mais qui se sont beaucoup accentués depuis quelques mois.

L'amaigrissement atteindrait, depuis quelques années, environ 25 kilogrammes et s'accompagne de perte de forces, d'altération du teint.

Les troubles digestifs consistent en perte d'appétit et en constipation, malgré des faux besoins, qui se reproduisent plusieurs fois par jour. Il s'y joint, depuis quelques mois, des écoulements involontaires noirâtres par l'anus dans l'intervalle des selles, qui obligent la malade à se garnir.

Il n'existe aucun signe clinique à l'examen de l'abdomen, mais on constate un œdème des grandes lèvres, surtout du côté gauche, et au toucher rectal, on trouve un rétrécissement serré laissant une lumière qui n'a que le calibre d'un crayon, assez bas situé; la muqueuse sous-jacente est suintante, mais peu végétante.

La malade se souvient d'avoir souffert, il y a dix ans, d'une adénite inguinale dont la nature est restée indéterminée.

La réaction de Frei est positive.

Nous souvenant de l'observation n° 5, nous prescrivons un traitement par le rubiazol, qui est commencé aussitôt à la dose de six comprimés par jour, sans aucune autre thérapeutique.

Dès la première semaine du traitement, les écoulements et les faux besoins cessent; l'appétit reparaît, les selles se régularisent et prennent l'aspect fécal, pâteux, ou en scyballes de petit calibre.

À la fin d'octobre, l'amélioration est considérable, tant pour les symptômes locaux que pour l'état général. Le rétrécissement est plus souple au toucher, et admet l'extrémité du doigt. Les séances de dilatation sont commencées à ce moment, et répétées régulièrement jusqu'en décembre, à raison de deux par semaine, à la Maison Dubois. À la fin de décembre, les selles sont redevenues normales de fréquence et d'aspect, le rétrécissement a disparu au toucher, l'œdème des grandes lèvres également.

A l'heure actuelle, la malade se considère comme guérie. Quelques séances de dilatation ont été reprises, par prudence, mais au toucher, toute l'ampoule peut être explorée facilement : on ne sent plus qu'un anneau circulaire très lâche, nullement douloureux, qui se laisse déprimer ou distendre sans la moindre difficulté. Une hémorragie rectale, survenue le 30 mars à la suite d'un examen rectoscopique, a été rapidement arrêtée et n'a pas modifié l'état local.

La reprise du poids est de 6 kilogrammes depuis sept mois.

La malade prend encore du rubiazol, mais à la dose de six comprimés par jour, quatre jour par semaine.

En résumé, une femme atteinte de rétrécissement rectal serré, avec Frei positif et œdème vulvaire, dont l'affection remonte à plusieurs années, présente après quatre semaines de traitement par le rubiazol, une amélioration considérable de l'état général et de l'état local.

A l'heure actuelle, sept mois après le début de ce traitement — auquel ont été jointes des séances de dilatation — elle n'éprouve plus aucun symptôme fonctionnel, l'œdème vulvaire a disparu, et le rétrécissement n'est presque plus perceptible au toucher.

#### OBSERVATION N° 7.

(LAMBLING).

Mme B., 57 ans, souffre depuis 1923 de troubles rectaux qui ont abouti à la constitution d'un rétrécissement tubulaire de 10 centimètres environ de hauteur. En 1936-1937, l'état général n'est pas altéré, mais les selles deviennent très difficiles et la stase intestinale est à l'origine de poussées intermittentes de suppuration colibacillaires des voies urinaires.

La malade est opérée (colostomie suivie d'amputation rectale, docteur d'ALLAINES). A cette occasion on procède à une « biopsie hépatique » (avril 1937, docteur MILLOT).

Après 14 années de suppuration continue, les lésions histologiques deviennent discrètes : très léger accroissement de la trame collagène tant au niveau des espaces portes que des trabécules; quelques vacuoles graisseuses et par places amas lymphocytaires. En résumé, lésions diffuses légères de sclérose avec début de surcharge graisseuse.

#### OBSERVATION N° 8.

(MAX LÉVY).

Madame V... 46 ans, vit son affection débiter en 1922. Le début de la maladie remonte à 1929. La même année un anus iliaque est pratiqué pour des accidents d'occlusion intestinale. Les troubles fonctionnels persistent : épreinte, faux-besoins, saignement, écoulements glaireux. Malgré de très nombreuses et très diverses tentatives thérapeutiques, l'état général s'altère : amaigrissement, anémie. Les troubles locaux demeurent inchangés, la diathermie provoque des douleurs et des hémorragies.

Nous voyons cette femme pour la première fois en juillet 1937 à l'occasion d'hémorragies rectales. A ce moment, Mme V a perdu 13 kilogrammes. Le docteur GALLY pratique une première série de séances de radiothérapie : 3.000 r. Le résultat immédiat est excellent : les sécrétions diminuent, le poids augmente de près de 5 kilogrammes. En novembre 1937, une deuxième série de séances de radiothérapie est administrée.

Le résultat actuel est le suivant : le poids atteint 62 kgs, soit un gain pondéral de 10 kgs; les hémorragies rectales ont totalement disparu, les sécrétions sont réduites à l'extrême, il n'y a plus qu'un suintement insignifiant le matin lors de l'émission de la selle par l'anus iliaque.

OBSERVATION N° 9 (personnelle).

Mlle A. G., 29 ans. Cette malade est porteuse d'une sténose filiforme depuis 1929. Depuis cette date, trois fois par an environ elle présente des abcès périrectaux, gros comme le poing avec mauvais état général, fièvre à 39°, abcès qui devant être incisés immobilisent la malade au moins une quinzaine de jours. En même temps rectorrhée abondante : sang, glaires et mucopus.

Suivie à partir de décembre 1936, cette malade subit par an deux séries de douze séances de diathermie avec des bougies de Hégar allant du n° 10 au n° 14. Après avoir essayé différents antiseptiques locaux; en particulier gonacrène, liqueur de Labarraque et Bleu de méthylène, en général mal tolérés, le meilleur résultat semble obtenu par l'instillation quotidienne d'une cuillerée à entremets d'une solution de bismuth-8-oxyquinoléine mais ce traitement doit être pratiqué de manière permanente, puisque après 8 jours d'interruption les écoulements à peu près taris reprennent de plus belle. Par contre, la stricture semble fixée comme calibre depuis 1929.

OBSERVATION N° 10 (Personnelle).

M. L. L. entre à l'Hospice d'Ivry le 12 août 1937 pour une rectite sténosante datant de dix-huit mois et soignée jusque là par des lavages de  $\text{MnO}_4\text{K}$  à 1/10.000 et une solution de violet de gentiane en instillation à 1 %.

Le malade présente une rectorrhée abondante, glaireuse, et sanguinolente, un mauvais état général, une température vespérale oscillant autour de 38°.

Au toucher la muqueuse est granuleuse, saignant facilement, le doigt bute sur une sténose à 6 cms environ de l'orifice anal.

L'endoscopie n'est que partiellement possible, elle montre

une paroi rouge violacée, secrétant un liquide muco-purulent.

L'examen aux Rayons X montre une sténose moyennement perméable, laissant intact le sigmoïde.

On commence un traitement électrique par la diathermie dilatation, à laquelle on associe une série d'injections endoveineuses de dithiosalicylate de magnésie (20 c. à 5 %, soit 1 gr. de salicylate).

Au bout de quinze séances de diathermie et de 20 injections intra-veineuse, on constate une amélioration très nette consistant en une diminution marquée des écoulements rectaux, retour de la température à la normale, enfin reprise de poids.

En octobre, on se contente d'un traitement local : pansement à la vitamine A. L'état demeure stationnaire.

Enfin à partir de fin novembre, on refait une série de dilatations diathermiques en pratiquant les jours intermédiaires un pansement local avec du Bismuth-8-Oxyquinoléine. Traitement très bien supporté et particulièrement actif.

## CONCLUSION

1. Les sténoses inflammatoires du rectum sont presque toujours secondaires à une localisation rectale de la maladie de Nicolas-Favre. Ce dont on fera la preuve à l'aide de la réaction de Frei.

2. Dans la forme d'ano-rectite simple sans sténose, il faut pratiquer à la fois une thérapeutique locale (lavages antiseptiques) et générale anti-infectieuse : antimoine, solution de lugol, salicylate de soude.

3. Afin de prévenir la sténose, ou de la combattre, si elle est installée, la diathermie endorectale est le traitement de choix.

4. Ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on sera contraint au traitement chirurgical qui, pour être efficace, doit consister en une résection aussi complète que possible des tissus atteints, avec ou sans abaissement du colon au Périnée : la mortalité opératoire est élevée.

5. Dans l'ensemble le pronostic de cette affection est redoutable : grâce à des soins persévérants, et à une surveillance étroite des malades, on peut espérer en maintenir à peu près la moitié dans un statu quo compatible avec une activité sociale à peu près normale.

*Vu : Le Président de Thèse,*  
LOEPER,

*Vu : Le Doyen,*  
M. TIFFENEAU.

Vu et Permis d'Imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- BENSAUDE (R.). — Le Rétrécissement du rectum. *Bulletin médical*, 11 Juin 1932.
- BENSAUDE (R.) et ses collaborateurs. — Traité des maladies de l'intestin. *Masson* 1936.
- CAIN (A.), CATTAN (R.) et SIKORAR (H.). — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre rectale. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 9 mai 1938.
- DURAND (G.) et DELHERM (L.). — L'Electrothérapie dans les rétrécissements du rectum et du sigmoïde. *Journal de Radiologie*, Août 1938.
- GATELLIER (J.) et WEISS. — Le traitement chirurgical de la maladie de Nicolas-Favre. *Rapport au congrès de chirurgie*, 1934.
- GATELLIER (J.) et GIRAULT (A.). — Maladie de Nicolas-Favre, Rétrécissement inflammatoire du rectum. Résultats thérapeutiques. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 10 Janvier 1938.
- HILLEMAND (P.). — A propos du traitement du rétrécissement du rectum. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 13 Juin 1938.
- LAMBLING (A.), BRUNHES (J.), BOUDON (Cl.) et BREGON (P.). — Le traitement médical et le traitement chirurgical des localisations rectales lymphogranulomateuses (maladie de Nicolas-Favre) leurs indications respectives. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 11 Juillet 1938.
- LÉVY (Max). — A propos du traitement de la maladie de Nicolas Favre à localisation rectale. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 11 Juillet 1938.
- MARCHAND (J. H.). — A propos du traitement des localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 11 juillet 1938.

- MONOD (O.). — Les rétrécissements du rectum. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 1936.
- MOULONGUET et MOUZON. — Deux cas de rétrécissement rectal lympho-granulomateux, cliniquement guéris après traitement par le rubiazol. *Société de Gastro-Entérologie*, 9 Mai 1938.
- MOUTIER (Fr.). — Traitement de la localisation rectale de la maladie de Nicolas-Favre : Echecs et Guérison. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 9 Mai 1938.
- RACHET (J.) et CACHERA (R.). — Le traitement des localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre. *Soc. de Gastro-Entérologie*, 13 Juin 1938.
- SAVIGNAC (R.). — Quel traitement appliquer aux localisations ano-rectales de la maladie de Nicolas-Favre ? *Soc. de Gastro-Entérologie*, 9 mai 1938.
- SÉNÈQUE (J.). — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum. *Presse médicale*, 6 Janvier 1932.
- SIMON (Cl.). — La maladie de Nicolas-Favre. *Bulletin Médical*, 11 avril 1937.







